

DECLARACION DE BIENES
PACIENTE Y ESPOSO/A
 Michigan Department of Human Services

FOR OFFICE USE ONLY				
Grantee Name				
Grantee Client ID				
Case Number				
County	District	Section	Unit	Specialist

POR FAVOR LETRA DE MOLDE

Nombre de Paciente (<i>Primero, Inicial, Apellido</i>)		Número de Tel. de Asilo		Nombre de Esposo/a (<i>Primero, Inicial, Apellido</i>)		Num. de Tel. de Esposo/a	
Dirección de Asilo (<i>Número, Calle, Ruta Rural</i>)				Dirección de Esposo/a (<i>Número, Calle, Ruta Rural</i>)			
Ciudad		Estado		Zona Postal		Ciudad	
Fecha de Nac. del Pac. (<i>mes/día/año</i>)		No. de Seguro Social del Paciente		Fecha de Nac. de Esp. (<i>mes/día/año</i>)		Num. de Seguro Social de Esp.(Opcional)	

Esta forma hace preguntas sobre la propiedad o bienes poseídos por usted y/o su esposo/a. Esta información es necesaria para determinar su elegibilidad para Medicaid y la cantidad de bienes que se pueden proteger para el beneficio de su esposo/a. Conteste las preguntas siguientes proporcionando la información sobre todos los bienes poseídos por usted y/o su esposo/a desde _____ . Incluye los bienes que usted o su esposo/a posee juntos con la familia u otras personas.

BIENES

1. ¿Tiene alguien en su hogar bienes (incluye bienes que tienen juntos)?

Sí No Marque todos los tipos de bienes que tiene su hogar y complete la tabla.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheque/giro | <input type="checkbox"/> Cuentas de Mercado monetario | <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorro/share |
| <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Cuentas de Christmas club | <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario de paciente |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo o caja de depósito | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro, acciones o fondos mutual | <input type="checkbox"/> IRS, KEOGH, 401K o cuenta(s) de compensación diferida |
| <input type="checkbox"/> Fideicomiso o anualidad | <input type="checkbox"/> Contrato de tierra, hipoteca u otras notas pagables a miembro del hogar | <input type="checkbox"/> Propiedad (no incluye lugar donde vive) |
| <input type="checkbox"/> Herencia de propiedad de vida | <input type="checkbox"/> Parcela de entierro(s), ataúd, etc. | <input type="checkbox"/> Herramientas y equipo, ganado o cultivos |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida | <input type="checkbox"/> Otros bienes _____ | |
| <input type="checkbox"/> Fideicomiso por entierro/ contrato(s) de funeral | | |

Dueño(s) de bien(es)	Tipo(s) de bien(es)	Balance, cantidad o valor	Nombre y dirección (banco, compañía de seguros, etc.)	Num. de cuenta o póliza, etc.

AUTORIDAD: 42 CFR Parte 435.
 TERMINACION: Voluntaria.
 PENALIDAD: No Medicaid.

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo el Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

BIENES

2. ¿Tiene alguien en su hogar algún vehículo?

Sí ▶ *Maque todos vehículos que aplican y complete la tabla.*

No

Carro Camión Barco Cámpers / tráileres Motocicletas RV Otros vehículos

Dueño(s) (según indicado en el título de vehículo o registro)	Año	Marca / Modelo	que debe

3. ¿Hay alguna persona en su hogar:

<ul style="list-style-type: none"> • que ha vendido o regalado propiedad, tierras, vehículos, acciones, bonos, ahorros, dinero en efectivo, cheques, ingreso, etc., o ha cerrado cualquier cuenta o ha quitado o agregado un nombre en cualquier bien dentro de los últimos 60 meses? 	<input type="checkbox"/> Sí ▶ ¿Quién?: <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • que ha presentado un juicio pendiente que pueda traerle dinero, propiedad, etc.? 	<input type="checkbox"/> Sí ▶ ¿Quién?: <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • que ha recibido un pago único en efectivo (tal como compensación de trabajo, ganancia de lotería, demanda de seguro, decisión judicial, etc.) dentro de los últimos 60 meses? 	<input type="checkbox"/> Sí ▶ ¿Quién?: <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • o alguien actuando por un miembro en su hogar, ha puesto dinero, arregla de la demanda, ingreso o bienes en un fondo de inversión, anualidad o asunto legal similar? 	<input type="checkbox"/> Sí ▶ ¿Quién?: <input type="checkbox"/> No

JURAMENTO

Juro o afirmo que toda la información que he escrito en esta forma o le he dicho a un especialista es verdad. Entiendo que puedo ser procesado(a) por perjurio si intencionalmente he dado información falsa. También sé que me pueden pedir pruebas de cualquier información que he dado. También sé que si intencionalmente he omitido cualquier información o si he dado información falsa, que me cause recibir asistencia a la cual no tengo derecho o más asistencia de la cual tengo derecho, puedo ser procesado(a) por fraude.

Firma (Paciente o Representante)	Fecha (Mes, Día, Año)
----------------------------------	-----------------------

Dos testigos solamente si esta firmado por un X	Firma del Primer Testigo	Firma del Segundo Testigo
--	--------------------------	---------------------------

NOTA: Si usted firmó esta solicitud a nombre de otra persona, complete la información abajo.

Nombre (Primero, Inicial, Apellido)	Número de Teléfono	Relación al paciente	
Dirección (calle)	Ciudad	Estado	Zona Postal